

1. Лыскина Г.А. Материалы пятого Российско-Германского симпозиума: «Клиника и лечение системных васкулитов у детей» // Российский педиатрический журнал. - 2008. - №1. — С.20-21.
2. .BezyTetal. Atypical cutaneous manifestations in a case of Schonlein- Henoch syndrome. // Minerva Pediat. - 2001. - Vol.33. - № 2. - P.131-133.
3. Herrstrom P., Holmen A., Aronson S., Hogstedt B. Acute glomerulonephritis, Henoch-Schonleinpurpura and dental amalgam in Swedish children: a case- control study // Sci Total Environ. - 2004. - Vol.191. - №11. - P. 277-282.
4. .Lin Z.N., Li L.S., Tang Z., Yu Y.S., Cheng Z.H.Interleukin - 1 receptor antagonist allele: isit a genetic link between Henoch-Schonlein nephritis and IgA - nephropathy ? // Kidney Int. - 2007. - Vol. 51. - № 6. - P.938-942.
5. .MurugasuB., Yap H. K., Chiang G. S. "A child with Henoch-Schonlein nephritis and selective proteinuria - case report." // J-Singapore-Paediatr-Soc. — 2010. - Vol. 32. - № 1-2. - P. 43-45.
6. .Namgoong M.K., Kim J. S., Lim B.K. Eosinophil cationic protein in Henoch-Schonleinpurpura and in Ig A - nephropathy // PediatrNephrol. - 2007. - Vol.11.- № 12.- P. 703-706.



Рис.3. Девочке 11 лет. Сливные папуло-геморрагические высыпание на наружно-разгибательной поверхности плеча и предплечья.

## **РЕСПИРАТОРНАЯ ЗБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТАННИКОВ ДОМА РЕБЕНКА, ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ**

**Клименко О.В<sup>1</sup>., Таран О.Н<sup>1</sup>., Кищенко В.Н.<sup>2</sup>**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии<sup>1</sup>, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Ю.К.Большот

Государственное учреждение «Днепропетровский специализированный дом ребенка» Днепропетровского городского совета<sup>2</sup>

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей всех возрастных групп. За один эпидемический сезон дети могут болеть ОРЗ до 10 раз [4]. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста отличаются как высокой частотой (в 5-6 раз чаще, чем у взрослых), так и более тяжелым затяжным течением и развитием осложнений. Факторами, способствующими такому течению ОРЗ в данной возрастной группе, являются особенности функционирования иммунной системы, а также наличие у определенного количества детей вторичных иммунодефицитных состояний. Особенно это касается детей-сирот раннего возраста, воспитывающихся в интернатных учреждениях. По данным различных исследователей, у этого контингента детей в течение первых лет жизни в структуре заболеваемости наиболее распространенными являются острые инфекционные

воспаления респираторного тракта [2, 5]. На состояние здоровья детей-сирот влияет комплекс биологических, наследственных и социальных факторов: высокая частота ante- и перинатальной патологии, генетически обусловленных аномалий, отсутствие родительской опеки, искусственное вскармливание, психоэмоциональная депривация, тяжелые неврологические расстройства, фоновая патология (рахит, гипотрофия, аллергический диатез, анемия), раннее формирование хронической патологии. Кроме того, в закрытом коллективе респираторные инфекции быстро распространяются на детей всей группы и могут циркулировать в группе долгое время. Нередки случаи супер- и реинфицирования. Частые повторные ОРЗ приводят к истощению и без того напряженных механизмов адаптации детского организма и могут способствовать формированию устойчивых расстройств бронхо-легочной, сердечно-сосудистой и других систем организма, а также усиливать задержку физического и психомоторного развития [4].

Частота и характер течения ОРЗ у детей определяется состоянием системы интерферона, которая является одним из важнейших звеньев иммунологической толерантности организма. Интерферонам свойственны разнообразные контрольно-регуляторные функции, направленные на поддержку иммунного гомеостаза. Хорошо известны противовирусный, противомикробный, антипролиферативный, иммуномодулирующий эффекты интерферонов. Ведущая роль в регуляции иммунного ответа принадлежит  $\gamma$ -интерферону, который активирует почти все известные механизмы защиты организма от чужеродной генетической информации. Активность  $\gamma$ -интерферона изменяется под влиянием ряда негативных факторов (стрессы, нерациональное питание, дефицит витаминов и микроэлементов, токсическое влияние различных веществ и др.) [1]. Установлено, что активность  $\gamma$ -интерферона снижена у детей, часто болеющих ОРЗ. Так, по данным С.А. Крамарева, у 23,6 - 49,5% детей с повторными ОРЗ в анамнезе и клиническими симптомами аллергии синтез интерферонов снижен в 2 раза [3].

Ведущая роль системы интерферонов в защите от вирусных инфекций обусловила создание целого ряда препаратов, регулирующих синтез интерферонов – интерферогены. В то же время, проблема коррекции иммунных сдвигов и влияния на процессы интерферогенеза у детей раннего возраста остается актуальной в связи с возрастными ограничениями для назначения этих препаратов, так как они, в основном, представляют собой индукторы интерферона I типа. Особое место среди интерферогенов занимает препарат «Анаферон детский», («Материя Медика Холдинг», Россия). Он содержит потенцированные по гомеопатической технологии сверхмалые дозы антител к  $\gamma$ -интерферону человека и восстанавливает функцию естественных антител к  $\gamma$ -интерферону [6]. Важным является и то, что «Анаферон детский» является препаратом, который может применяться у детей с 6-месячного возраста с целью лечения и профилактики ОРЗ.

**Цель работы.** Исследование эффективности применения препарата «Анаферон детский» для профилактики ОРЗ у детей раннего возраста – воспитанников дома ребенка, на основании клинико-иммунологических наблюдений.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 78 детей, воспитывающихся в Доме ребенка № 2 г. Днепропетровска: 47 мальчиков (60%) и 31 девочек (40%). Средний возраст детей –  $(24,1 \pm 1,6)$  мес. В соответствии с задачами исследования все дети были разделены на 3 группы. Первую группу (28 детей) составили дети, получавшие «Анаферон детский» в интеркуррентном периоде в течение 1-го месяца по 1 таблетке в сутки, вторая группа (24 ребенка) – дети, получавшие «Анаферон детский» течение 3-х месяцев в той же дозе, третья группа (группа сравнения) 26 детей, не получавших «Анаферон детский». По возрасту, полу, исходному уровню респираторной заболеваемости и спектром сопутствующей патологии исследуемые группы существенно не отличались. Контрольную группу составили 34 клинически здоровых детей, воспитывающихся в семье.

Анализ респираторной заболеваемости проводили в течение 1 года до и после назначения препарата. Иммунологические исследования включали определение содержания иммунокомпетентных клеток CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ и иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови, а также уровней  $\alpha$ -интерферона и  $\gamma$ -интерферона в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Исследования проводились трижды: до начала лечения, через 1 и через 3 месяца после окончания лечения.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ исходного уровня респираторной заболеваемости показал, что воспитанники дома ребенка болели ОРЗ в среднем 5 раз в год, в то время как дети из группы контроля переносили около 2-х эпизодов ОРЗ в год. Средняя продолжительность одного эпизода ОРЗ у детей из основных групп составила  $(9,8 \pm 0,5)$  дней. Дети, воспитывающиеся в семье, болели ОРЗ в среднем на 2 дня меньше. У детей из групп наблюдения осложненное течение ОРЗ наблюдалось в 94% случаев (группа контроля – 30%). В структуре осложнений ОРЗ у детей из дома ребенка ведущее место занимала ЛОР-патология и обструктивный бронхит. Так, острый средний отит встречался в 63% случаев (половина детей болела повторно), аденоидит диагностирован у 34% детей-сирот. Обструктивным бронхитом болели примерно половина детей из основных групп. У детей из группы контроля эта патология встречалась почти в 4 раза реже. Пневмония была диагностирована у 16% воспитанников дома ребенка, в то время как дети из группы контроля пневмонией не болели. В связи с тяжелым течением ОРЗ более трети детей основных групп требовали лечения в условиях стационара.

Иммунологические исследования показали, что уровень  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферона интерферона  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферона у воспитанников дома ребенка исходно был достоверно ниже чем у детей из контрольной группы ( $\alpha$ -интерферон  $(44,8 \pm 2,1)$  и  $(60,57 \pm 4,31)$  пг/мл,  $p < 0,05$ ) и ( $\gamma$ -интерферон  $(3,52 \pm 0,61)$  и  $(5,2 \pm 0,47)$  пг/мл,  $p < 0,05$ ). Существенных различий в показателях, характеризующих состояние клеточного и гуморального иммунитета, у детей исследуемых групп не было выявлено. Мы считаем, что снижение концентрации сывороточных интерферонов является одним из факторов, обуславливающих развитие повторных эпизодов ОРЗ, и способствует осложненному их течению.

После применения «Анаферона детского» у детей с I и II основных групп количество случаев ОРЗ в течение следующего года уменьшилась в 2 раза. Продолжительность одного эпизода ОРЗ сократилось на 1,8 дней в группе I и на 2,6 дней в группе II. Частота случаев осложненного течения ОРЗ после профилактического курса препаратом «Анаферон детский» уменьшилась в среднем в 1,5 раза. При этом, в большей степени уменьшилось количество случаев развития средних отитов: в I группе – в 2 раза, во II группе – в 3 раза. Повторные эпизоды острого среднего отита наблюдались только у 4,2% детей. Количество случаев аденоидитов в обеих группах существенно снизилось (практически в 2 раза). Значительно уменьшилась частота эпизодов обструктивных бронхитов: в I группе – в 1,5 раза, во II – в 2 раза. После приема препарата никто из детей в течение года не заболел пневмонией, тогда как в группе сравнения было 2 случая пневмонии. Положительное влияние препарата «Анаферон детский» на показатели респираторной заболеваемости закономерно обусловило и уменьшение потребности в госпитализации исследуемых детей.

Прием препарата «Анаферон детский» у детей I и II группы способствовал повышению продукции  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферонов, тогда как показатели клеточного и гуморального иммунитета у исследуемых детей существенно не изменились.

Следует отметить, что у детей, принимавших препарат «Анаферон детский», побочных реакций и осложнений не наблюдалось.

**Выводы:**

1. Дети-сироты раннего возраста, воспитанники дома ребенка, отличаются от своих сверстников, воспитывающихся в семьях, более высоким уровнем респираторной заболеваемости, более длительным течением ОРЗ и более частым развитием осложнений.

2. Иммунный статус детей раннего возраста из дома ребенка в интеркуррентном периоде характеризуется снижением продукции иммуноцитами  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферонов.

3. Профилактическое применение препарата "Анаферон детский" у данного контингента детей способствовало повышению уровня  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферонов в сыворотке крови и клинически выражалось уменьшением частоты и продолжительности эпизодов ОРЗ, а также снижении частоты осложненного их течения.

4. Трехмесячный курс профилактического лечения препаратом «Анаферон детский» более эффективный, чем одномесячный.

#### **Литература:**

1. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. – М.: Медицина, 1996. – 240 с.
2. Козакова Т.В., Самсыгина Г.А., Фомина В.Л. и др. Клиническая эффективность профилактического действия Анаферона у детей раннего возраста из различного социального окружения // Педиатрия. – 2014. – № 6. – С.42-46.
3. Крамарев С.А., Костинская Н.Е. Профилактическая эффективность препарата «Анаферон детский» при ОРВИ и гриппе у детей // Совр. педиатрия. – 2010. – № 3(8). – С. 119–121.
4. Лыткина И.Н., Волкова Н.А. Оценка эффективности некоторых современных препаратов при проведении неспецифической профилактики ОРВИ в детских организованных коллективах // Совр. педиатрия. – 2011. – № 2(7). – С. 1–5.
5. Медико-психологічні та соціальні проблеми дітей-сиріт / М.М. Коренєв, І.С. Лебенець, Р.О. Мойсеєнко. – Харків, Київ, 2003. – 240 с.
6. Препарат «Анаферон дитячий» у лікуванні та профілактиці гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей / Метод. рекомендації. – К., 2005. – С. 1-3.

#### **Резюме**

Представлены результаты клинко-иммунологического обследования детей раннего возраста, воспитывающихся в доме ребенка, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями. Профилактическое применение препарата «Анаферон детский» сопровождалось нормализацией интерферонового статуса, снижением частоты и длительности ОРЗ, уменьшением частоты осложнений ОРЗ.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ РЕСПИРАТОРНОЙ ХЛАМИДИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ.**

**С. Ф. Хайдарова, Г. С. Мамаджанова, З.К. Умарова**

Кафедра семейной медицине №2, кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн

Сино.

**Актуальность.** В детском возрасте многие заболевания связаны с респираторными инфекциями, вызванными различными вирусами, бактериями и их ассоциациями. Многочисленные исследования свидетельствуют, что в этиологической структуре детской респираторной патологии определённую роль принадлежит представителям семейства Chlamydia [1, 4].

Хламидиозы продолжают оставаться одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний у детей, варьируют от 6,2 до 50% вызывая более 20 видов различной патологии организма [2, 6, 7]. В настоящее время острых респираторных

инфекций (ОРЗ) связывается с развитием ринита, назофарингита, отита, гайморита, тонзиллита и т.д. Хламидийная инфекция